

WNIOSEK

1. o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
2. o wydanie orzeczenia o wskazania do ulg i uprawnień osób posiadających orzeczenia o inwalidztwie lub niezdolności do pracy (ZUS, KRUS -odpowiednie zakreślić)

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....PESEL.....

Nr i seria dokumentu tożsamości (*dowód osobisty, paszport lub karta stałego pobytu*).....

Adres zameldowania.....

Adres pobytu (*wypełnić jeśli jest inny niż adres zameldowania*).....

Adres do korespondencji.....

Obywatelstwo..... Nr telefonu e-mail.....

Dane przedstawiciela ustawowego (*wypełnia przedstawiciel ustawowy osoby częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolnionej lub rodzic/opiekun osoby niepełnoletniej – w przypadku ubezwłasnowolnienia dołączyć postanowienie z sądu*).

Imię i nazwisko..... PESEL.....

Nr i seria dowodu tożsamości.....e-mail..... Telefon.....

Adres stałego zameldowania.....

Adres do korespondencji.....

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Żaganiu

68-100 Żagań, ul. Szprotawska 28

Tel. 68 477-77-71 [www.2](http://www.wew.2)

e-mail: sekretariat@pzon.zagan.pl

www.pzon.zagan.pl

Powód złożenia wniosku (proszę zaznaczyć tylko jedną możliwość):

1. Wniosek składałam po raz pierwszy,
2. Wniosek składałam po raz kolejny w związku z wygaśnięciem poprzedniego orzeczenia,
3. Wniosek składałam w związku ze zmianą stanu zdrowia,
4. Wniosek składałam w celu ponownej weryfikacji uprawnień do karty parkingowej (*dotyczy orzeczeń wydanych przed 01.07.2014 r. - w związku ze zmianą przepisów ustawy – Prawo o ruchu drogowym*).

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów (odpowiednie zaznaczyć):

<input type="radio"/> Odpowiedniego zatrudnienia	<input type="radio"/> Prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
<input type="radio"/> Szkolenia, w tym specjalistycznego	<input type="radio"/> Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
<input type="radio"/> Zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej,	<input type="radio"/> Uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
<input type="radio"/> Uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej	<input type="radio"/> Wydanie karty parkingowej
<input type="radio"/> Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne	<input type="radio"/> Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
<input type="radio"/> Inne ulgi i uprawnienia:	

Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny....., stan rodzinny(*liczba wspólnie zamieszkujących osób*).

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania (**odpowiednie podkreślić**):

- a) wykonywanie czynności samoobsługowych (*np. ubieranie, mycie*): samodzielnie/ z pomocą/ opieka
- b) prowadzenie gospodarstwa domowego (*np. sprząatanie, gotowanie*): samodzielnie/ z pomocą/ opieka
- c) poruszanie się w środowisku: samodzielnie/ z pomocą/ opieka

3. Sytuacja zawodowa: wykształcenie, zawód wyuczony.....
zawód wykonywany, obecne zatrudnienie
4. Pobieram / nie pobieram świadczenie rentowe (jeżeli tak to wpisać jakie i przez kogo wydane):
.....
5. Składałem / nie składałem uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia (data wydania)
(nazwa organu wydającego orzeczenie)
6. Mogę / nie mogę samodzielnie przybyć na posiedzenie sądu orzekającego (odpowiednie podkreślić).
7. Posiadam / nie posiadam prawa jazdy (kategoria)..... wydane przez.....
8. W przypadku osoby nie mogącej pisać, lecz umiejącej czytać zgodnie z art. 79 kodeksu cywilnego można złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej przez złożenie na dokumencie tuszowego odcisku palca. Obok odcisku palca inna osoba wpisze imię i nazwisko składającego oświadczenie woli i umieści swój podpis.

Oświadczenia:

- oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
- oświadczam, że w toku prowadzonego postępowania poinformuję organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu zamieszkania na podstawie art. 41 § 1 i 2 kodeksu postępowania administracyjnego. W przypadku braku informacji o zmianie adresu doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem będzie miało skutek prawny.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego (oryginał),
2. Chronologicznie ułożoną dokumentację medyczną potwierdzającą rozpoznanie zasadnicze i choroby współistniejące wymienione w zaświadczeniu lekarskim od np. karty informacyjne leczenia szpitalnego, opinie lekarzy specjalistów, opinia psychologiczna w przypadku zaburzeń rozwoju umysłowego i emocjonalno-społecznego, wyniki testów i badań specjalistycznych, opisy badań RTG, USG, itp. w zależności od schorzenia (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem),
3. Poprzednie orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności (kserokopia),
4. Skrócony odpis aktu urodzenia w przypadku różnicy nazwisk między rodzicem/opiekunem, a osobą niepełnoletnią.

Proszę wypełnić w przypadku występowania Ośrodka Pomocy Społecznej na prawach strony.

Upoważniam Ośrodek Pomocy Społecznej w do złożenia wniosku o wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

Jestem świadomy, że wszelka korespondencja będzie wysyłana do w/w ośrodka.

.....
Podpis i pieczęć kierownika OPS

.....
podpis wnioskodawcy lub jej przedstawiciela ustawowego

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (4.5.2016 L119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL) informuję, że 1. Administratorem danych jest Przewodnicząca Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Żaganiu tel: 68 477 77 71 wew. 2, e-mail: sekretariat@pzon.zagan.pl. Współadministratorami danych jest Pełnomocnik i minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego 2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Żaganiu możliwy jest pod adresem email: iod@powiatzagan.pl . 3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu załatwienia sprawy, w której zostały zebrane na podstawie: art. 6 ust. 1 lit.c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r., art. 6c ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U z 2023, poz. 100, z późn.zm.), rozporządzenia ministra gospodarki, pracy i polityki społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz.U z 2021 r. poz. 857, z późn. zm.). 4. Państwa dane osobowe przetwarzane będą przez okres niezbędny do załatwienia sprawy w której zostały zebrane i przechowywane będą przez okres wskazany w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz.U.2011.27.140 z późn. zm.). 5. Państwa dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w związku z realizowaną sprawą lub po jej realizacji.6. Posiadają Państwo prawo do: żądania od administratora dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania.7. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest niezbędne do realizacji Państwa sprawy, a niepodanie danych, żądanie ograniczenia ich przetwarzania, żądanie ich usunięcia w trakcie realizacji sprawy, będzie skutkowało niemożnością załatwienia Państwa sprawy.